紀の川市地域福祉計画策定委員会委員応募用紙

申込日　令和　　年　　月　　日

ふりがな		性　別	職業又は勤務先（学校名）
氏　　名		男　・　女	
住　　所	〒		
生年月日	昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		
連絡先	自宅電話（　　－　　－　　） 携帯電話（　　－　　－　　） E-mail　（　　）		

今回の紀の川市地域福祉計画策定委員への応募の動機、地域活動の経験、地域福祉への関わり・推進についてお書きください。

（※400～800 字程度とします。続きは裏面又は別紙に記載してください。）

●申込み・問合せ先

〒649-6492 紀の川市西大井３３８番地
紀の川市役所　福祉部　社会福祉課
TEL: 0736-77-2511　Fax: 0736-79-3926
E-mail　k070100-001@city.kinokawa.lg.jp